

**CERERE**  
model

Subsemnatul ..... reprezentant legal al furnizorului\* ..... cu următoarele date de identificare: cod fiscal ..... localitatea ..... str. .... nr. .... județul ..... telefon ....., e-mail ..... solicit evaluarea sediului lucrativ/cabinetului/punctului de lucru situat în localitatea ..... str. .... nr. .... județul ..... telefon ..... e-mail .....

Anexez documentele solicitate conform art. 4 din anexa 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. \_\_\_\_\_.

Reprezentant legal,

Data .....

Nume și prenume .....  
Semnătură.....

-----  
\* se va menționa numele furnizorului, categoria de furnizori și activitatea pentru care se solicită evaluarea/specialitatea cabinetului